

## EVALUASI KEBIJAKAN PEMBANGUNAN PUSKESMAS PEMBANTU DI PROPINSI KALIMANTAN TENGAH

### *POLICY EVALUATION OF DEVELOPING AUXILIARY HEALTH CENTER IN CENTRAL KALIMANTAN PROVINCE*

Kus Winarno<sup>1</sup>, Mubasysyir Hasanbasri<sup>2</sup>, Deni Kurniadi Sunjaya<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>3</sup>Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** The objective of health development is improving community health status through increasing public access to health services. One of strategy is by supporting facilities for health service by developing auxiliary health center for all remote district at Central Kalimantan Province. Central Kalimantan Province with 1,9 million of population, consisted of 14 district, 1348 villages, 805 auxiliary health center. It means that only 59% village have facilities for health service such as auxiliary health center.

**Objectives:** This research aimed to know how formulation process and implementation of policy of developing auxiliary health center by using provincial funds.

**Method:** It was descriptive case study using mainly method qualitative designed by semi structured in-depth interview and document study. Research subject is stakeholder at level province and chosen district. This research executed in Province Public Health Service of Central Kalimantan and one chosen district.

**Result:** Development of secondary health center in Central Kalimantan Province is the realization of Central Kalimantan Province local decree number 12 and 13 year 2005 fulfilment on RPJPD and RPJMD. Initially, the budgeting concept was planned by Tugas Pembantuan mechanism, but this mechanism was not agreed. This scheme was a top down program from province government. Problems occurred in the implementation are 1). Bad monitoring, 2). Lack of reporting by developer, 3). Remote location of, 4). Varieties in cost of production, 5). Shortage health care workforce, 6). Equipments unmatched the need of health care provider. Evaluation is executed, but only concerning physical progress problem. In the meantime, there was increased allocation of DAK fund in each district.

**Conclusion:** Development of auxiliary health center in Central Kalimantan Province which funded by province fund, is not required by district. There was no agenda surrounding development of auxiliary health center. The role of stakeholder in compilation of agenda setting for this policy was only a normative role.

**Keyword.** Auxiliary health center policy, evaluation, decentralization, central Kalimantan

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Sasaran pembangunan kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Salah satu strategi adalah dengan mendekatkan sarana pelayanan kesehatan kepada masyarakat yaitu dengan pembangunan pusat di daerah terpencil di seluruh Kabupaten / Kota di Propinsi Kalimantan Tengah. Propinsi Kalimantan Tengah dengan jumlah penduduk sebanyak 1.958.428 jiwa, terdiri dari 14 Kabupaten / Kota, 1348 desa, memiliki 805 pusat. Ini berarti hanya sebesar 59% atau setengah jumlah desa yang mempunyai sarana pelayanan kesehatan berupa pusat.

**Tujuan Penelitian:** Tujuan umum penelitian ini untuk mengetahui bagaimana proses perumusan dan implementasi kebijakan pembangunan puskesmas pembantu yang menggunakan dana APBD I di Propinsi Kalimantan Tengah.

**Metode:** Rancangan penelitian adalah studi kasus deskriptif dengan analisis data kualitatif. Subjek penelitian adalah stakeholder pada level propinsi dan kabupaten terpilih. Penelitian ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah dan satu kabupaten terpilih.

**Hasil:** Pembangunan Pusat di Propinsi Kalimantan Tengah merupakan realisasi dari Peraturan Daerah Propinsi Kalimantan Tengah Nomor 12 dan 13 Tahun 2005 tentang RPJPD dan RPJMD. Konsep awal penganggaran pembangunan pusat ini, direncanakan dengan mekanisme Tugas Pembantuan, namun mekanisme ini tidak disetujui. Kebijakan ini merupakan program top down pemerintah propinsi. Masalah-masalah yang terjadi dalam pelaksanaan adalah 1). monitoring 2). rekanan tidak melapor 3). lokasi sangat jauh 4). satuan harga tidak sama 5). pemenuhan tenaga 6). peralatan tidak sesuai dengan tenaga. Evaluasi dilaksanakan, hanya menyangkut masalah kemajuan fisik. Secara umum terjadi peningkatan alokasi dana DAK di masing-masing kabupaten/kota.

**Kesimpulan:** Pembangunan Pusat di Provinsi Kalimantan Tengah yang dananya berasal dari APBD I, tidak diperlukan oleh Kabupaten/Kota. Tidak ada agenda yang melatarbelakangi pembangunan puskesmas pembantu di Propinsi Kalimantan Tengah. Peran *stakeholder* dalam penyusunan *agenda setting* kebijakan ini hanya bersifat normatif.

**Kata Kunci:** Kebijakan pembangunan puskesmas pembantu, evaluasi kebijakan, desentralisasi

#### PENGANTAR

Visi yang tercantum dalam Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah adalah mewujudkan masyarakat berparadigma sehat untuk mempercepat peningkatan derajat

kesehatan masyarakat secara berkelanjutan. Untuk mencapai visi tersebut salah satu strateginya adalah meningkatkan upaya pelayanan kesehatan masyarakat melalui peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas hingga daerah terpencil. Hal ini dijabarkan dalam program Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang ditujukan untuk meningkatkan jumlah, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan jaringannya meliputi puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan bidan. Propinsi Kalimantan Tengah dengan luas wilayah 153.564 km<sup>2</sup> mempunyai jumlah penduduk sebanyak 1.958.428 jiwa, terdiri dari empat belas Kabupaten/Kota, 1348 desa, 143 puskesmas, 805 pustu<sup>1</sup>.

Tabel 1: Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten/Kota

Kabupaten/Kota	Luas Wilayah	Jumlah Desa	Ada Pustu	Tdk Ada Pustu
Kotawaringin Barat	10.759	78	75	3
Kotawaringin Timur	16.496	150	98	52
Kapuas	14.999	183	120	63
Barito Selatan	8.830	78	52	26
Barito Utara	8.300	101	68	33
Sukamara	3.827	32	26	6
Lamandau	6.414	82	43	39
Seruyan	16.404	91	39	52
Katingan	17.800	152	55	97
Pulang Pisau	8.997	84	41	43
Gunung Mas	10.804	101	63	38
Barito Timur	3.834	68	41	27
Murung Raya	23.700	118	41	77
Palangka Raya	2.400	30	43	13
Jumlah Propinsi	153.564	1.348	805	543

Sumber: Profil Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah 2006

Sejak tahun 2006 Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Propinsi Kalimantan Tengah membiayai pembangunan puskesmas pembantu untuk daerah terpencil di empat belas kabupaten/kota. Pada tahun 2006 dibangun pustu sebanyak dua puluh dua unit di empat belas kabupaten/kota, tahun 2007 dilanjutkan dengan tiga belas pustu. Proses bagaimana rencana dan anggaran pembangunan pustu tersebut ada, berawal dari kunjungan anggota DPRD ke sejumlah desa di Propinsi Kalimantan Tengah dalam rangka reses. Pada saat itu ditemukan beberapa desa yang tidak mempunyai sarana pelayanan kesehatan berupa puskesmas pembantu. Sehingga pada saat diselenggarakannya forum SKPD, muncul usulan untuk menambah anggaran di SKPD Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah untuk pembangunan puskesmas pembantu tersebut.

Tabel 2. Lokasi Pembangunan Pustu

KAB/KOTA	Tahun 2006 DESA/PUSTU	Tahun 2007 DESA/PUSTU
Palangka Raya	Takaras	
	Tanjung Pinang	
Pulang Pisau	Garantung	Pandawei
	Dandang	
Kapuas	Anjir Mambulau	Anjir Palambang
	Lunuk Ramba	
Barito Timur	Muara Tuwu	Jatus
	Pulau Patai	
Barito Selatan	Muara Ripung	Danau Masura
	Parapak	
Barito Utara	Payang Ara	Karamuan
	Walur	
Gunung Mas	Rabauh	Taja Urup
Katingan	Kampung Keramat	Tumbang Lahang
Seruyan	Sei Undang	Suka Makmur
Lamandau	Sei Mentawa	Tangga Batu
Sukamara	Sei Baru	Sarang
Ktw. Barat	Sidorejo	Kumai Hulu
	Natai Baru	
	Keruing	
Ktw. Timur	Tanah Putih	Tumbang Batu
Murung Raya	Danau Usung	Kolam

Sumber: Sub Dinas Bina Yankes Dinkes Prop. Kalteng 2007

Anggaran adalah suatu rencana yang disusun secara sistematis yang meliputi seluruh kegiatan lembaga, yang dinyatakan dalam unit moneter dan berlaku untuk jangka waktu tertentu yang akan datang. Anggaran juga dimaksudkan sebagai pernyataan mengenai estimasi kinerja yang hendak dicapai selama periode waktu tertentu yang dinyatakan dalam ukuran finansial<sup>2</sup>. Anggaran adalah suatu pendekatan yang formal dan sistematis dari pelaksanaan tanggung jawab manajemen didalam perencanaan koordinasi dan pengawasan<sup>3</sup>.

Sistem anggaran negara, meliputi: a) penganggaran tradisional, yaitu sistem anggaran tradisional (*line-item budgeting system*) adalah sistem anggaran yang berdasarkan obyek pengeluaran, dengan titik berat pada segi pelaksanaan dan pengawasan anggaran, b) penganggaran kinerja, disebut juga dengan *performance budgeting system*, merupakan penyempurnaan dari sistem anggaran tradisional, yang menekankan pada manajemen anggaran yaitu dengan memperhatikan baik segi ekonomi dan keuangan pelaksanaan anggaran dan c) penganggaran program, merupakan gabungan dari kedua sistem di atas, lebih menekankan pada segi perencanaan anggaran dan bukan pada pengendalian anggaran<sup>4</sup>.

Besarnya alokasi dana untuk kesehatan tergantung pada beberapa kondisi: 1) Besarnya pendapat-

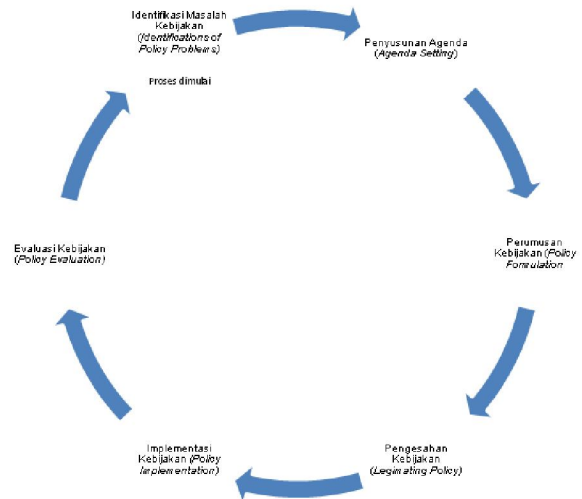
an daerah yaitu Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Pendapatan Asli Daerah (PAD), 2) Kemampuan dinas kesehatan menyusun program dan anggaran yang realistis, 3) Visi Pemda dan DPRD tentang kedudukan sektor kesehatan dalam konteks pembangunan daerah relatif terhadap kesehatan, dan 4) Kemampuan Dinas Kesehatan untuk melakukan advokasi kepada pemda dan DPRD<sup>5</sup>.

Langkah-langkah yang harus diikuti dalam penganggaran adalah: 1) penetapan tujuan, 2) pengevaluasian sumber-sumber daya yang tersedia, 3) negosiasi antara pihak-pihak yang terlibat mengenai angka anggaran, 4) persetujuan akhir, dan 5) pendistribusian anggaran yang disetujui.

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyelenggaraan otonomi daerah dimana faktor-faktor tersebut sekaligus sebagai faktor yang sangat menentukan prospek otonomi daerah untuk masa mendatang. Faktor pertama yang menentukan prospek otonomi daerah adalah manusia sebagai subyek penggerak dalam penyelenggaraan otonomi daerah. Faktor manusia ini haruslah baik dalam pengertian moral maupun kapasitasnya. Faktor ini mencakup unsur pemerintah daerah yang terdiri dari kepala daerah dan DPRD, aparatur daerah maupun masyarakat daerah yang merupakan lingkungan tempat aktivitas pemerintah daerah dilaksanakan. Kemampuan aparatur pemerintah daerah merupakan suatu faktor yang menentukan apakah suatu daerah dapat atau mampu menyelenggarakan urusan rumah tangganya sendiri dengan baik atau tidak.

Kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan dan tidak dilakukan<sup>6</sup>, kebijakan publik adalah apa yang dibuat dan dilakukan oleh pemerintah, bukan swasta<sup>7</sup>. Kebijakan sebagai sebuah "*rationale*" sebuah manifestasi dari pilihan yang penuh pertimbangan. Sebuah kebijakan adalah usaha untuk mendefinisikan dan menyusun basis rasional untuk melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan. Proses kebijakan publik meliputi beberapa hal yaitu: identifikasi masalah kebijakan, dilakukan melalui: a) identifikasi yang menjadi tuntutan (*demands*) atas tindakan pemerintah, b) penyusunan agenda (*agenda setting*) adalah memfokuskan perhatian atas keputusan apa yang akan diputuskan terhadap masalah publik tertentu, c) perumusan kebijakan (*policy formulation*) merupakan tahapan pengusulan rumusan kebijakan melalui inisiasi dan penyusunan usulan kebijakan, d) pengesahan kebijakan (*legitimizing of policies*) adalah pengesahan kebijakan melalui tindakan politik oleh partai politik, kelompok penekan, presiden dan kongres, dan e) implementasi kebijakan (*policy implementation*) adalah implementasi kebijakan melalui birokrasi

anggaran publik dan aktivitas agen eksekutif yang terorganisasi dan evaluasi kebijakan publik yang dilakukan oleh lembaga pemerintah sendiri, konsultan di luar pemerintah, pers dan masyarakat, yang dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1. Proses / Siklus Kebijakan Publik

Kebijakan publik harus mampu memecahkan masalah publik. Masalah publik harus dirumuskan menjadi masalah kebijakan dengan baik dan benar. Tahapan mendefinisikan masalah tersebut di sebut *agenda setting*. Lebih lanjut ditegaskan bahwa kondisi masyarakat yang tidak didefinisikan sebagai masalah dan alternatif solusi tidak pernah diusulkan, tidak akan pernah menjadi isu kebijakan. *Agenda setting* merupakan kegiatan membuat masalah publik menjadi masalah kebijakan. Agenda adalah suatu istilah yang pada umumnya digunakan untuk menggambarkan suatu isu yang dinilai oleh publik perlu diambil tindakan.

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara yang dilakukan agar sebuah kebijakan mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, maka ada dua pilihan langkah yang ada yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan tersebut. Kebijakan publik dalam bentuk Undang-Undang atau Peraturan Daerah adalah jenis kebijakan publik yang memerlukan kebijakan publik penjelas atau sering diistilahkan sebagai peraturan pelaksanaan<sup>9</sup>.

Evaluasi kebijakan menurut Dunn<sup>10</sup>, berkenaan dengan informasi yang diperoleh mengenai nilai atau manfaat suatu kebijakan. Dalam mengevaluasi suatu

kebijakan ada beberapa indikator yang perlu digunakan yaitu: efektifitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas dan ketepatan.

Perencanaan adalah proses kerja terus menerus yang meliputi pengambilan keputusan yang bersifat pokok dan penting dan yang akan dilaksanakan secara sistematis, melakukan prakiraan-prakiraan dengan menggunakan segala pengetahuan yang ada tentang masa depan, mengorganisir secara sistematis segala upaya yang dipandang perlu untuk melaksanakan segala keputusan yang telah ditetapkan serta mengukur keberhasilan dari pelaksanaan keputusan tersebut dengan membandingkan hasil yang dicapai terhadap target yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan umpan balik yang diterima dan yang telah disusun secara teratur dan baik.

Perencanaan adalah suatu proses menganalisis dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, menganalisa efektivitas dari berbagai kemungkinan tersebut, menyusun perkiraan selengkapnyanya dari kemungkinan yang terpilih, serta mengikat dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat tercapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut.

*Stakeholder* adalah individu atau kelompok di dalam atau diluar organisasi yang dapat mempengaruhi kinerja organisasi. Analisis *stakeholder* penting dalam model partisipasi strategis, yang akan membantu memprediksi langkah-langkah *stakeholder* secara politik maupun ekonomi yang dapat mendukung atau menghambat suatu proyek. Analisis *stakeholder* yang lengkap harus mengidentifikasi kebutuhan organisasi dari *stakeholder* yang beragam<sup>11</sup>.

Langkah-langkah yang dibutuhkan dalam analisis *stakeholder* adalah sebagai berikut: 1) Identifikasi pihak yang berkepentingan, 2) Pemahaman tuntutan masing-masing pihak yang berkepentingan terhadap organisasi, 3). Rekonsiliasi tuntutan-tuntutan dan penetapan prioritas atas mereka, dan 4). Koordinasi tuntutan-tuntutan ini dengan elemen-elemen lain dari organisasi. Berkaitan dengan kebijakan, bahwa secara umum kebijakan mempunyai dua tujuan utama yaitu regulasi dan alokasi.

Tindakan regulatif adalah tindakan yang dirancang untuk menjamin kepatuhan pelaksanaan terhadap standar atau prosedur, misalnya tindakan yang dilakukan badan pengendali atau badan pengawas. Tindakan alokatif adalah tindakan yang membutuhkan masukan yang berupa uang, waktu, personil

dan alat atau fasilitas lain. Pemikiran ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk melihat potensi yang merupakan input dari suatu kebijakan.

Peran pemerintah dalam reformasi pelayanan kesehatan adalah sebagai regulator, sumber pembiayaan, agen pembaharu dan bahkan sebagai pembeli<sup>12</sup>. Peranan kunci yang diharapkan adalah menetapkan dan merumuskan standar-standar, mengawasi secara teknis, mendefinisikan paket-paket pemeliharaan kesehatan secara tepat dan mengawasi dengan peraturan agar terjadi efisiensi pelayanan kesehatan. Salah satu resiko kebijakan desentralisasi bahwa kemungkinan pemerintah daerah tidak memprioritaskan sektor kesehatan. Konteks pembangunan, sektor kesehatan kurang menarik perhatian pemerintah lokal. Kebijakan desentralisasi diskenariokan akan mengurangi anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan, maka diperlukan ada rencana yang matang dalam sistem kesehatan daerah berkenaan dengan peranan institusi pemerintah<sup>13</sup>.

Menurut Peraturan Pemerintah No. 25/2000 sebagaimana diperbaharui dengan Peraturan Pemerintah No. 38/2007 bahwa peran pemerintah sebagai regulator dalam pelayanan kesehatan. Masalah pokok dalam pembangunan daerah adalah terletak pada penekanan kebijakan-kebijakan pembangunan yang didasarkan pada kekhasan daerah yang bersangkutan dengan menggunakan potensi sumberdaya manusia, kelembagaan dan sumber daya fisik secara lokal. Orientasi ini mengarahkan pada pengambilan inisiatif-inisiatif dari daerah dalam proses pembangunan. Maka sangat penting untuk melihat potensi *stakeholder* terhadap setiap kebijakan yang akan dilaksanakan.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Rancangan penelitian adalah studi kasus deskriptif dengan analisis data kualitatif. Pendekatan studi kasus digunakan karena tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari perumusan dan implementasi kebijakan pembangunan puskesmas pembantu di Propinsi Kalimantan Tengah secara mendalam.

*Stakeholder* pada level propinsi yang terdiri dari DPRD yang membidangi masalah perencanaan dan penganggaran, Kepala Dinas Kesehatan propinsi, Kasubdin Bina Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Sub Dinas Bina Program Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah dan Ketua Bappeda Propinsi Kalimantan Tengah sedangkan *stakeholder* ditingkat kabupaten adalah kepala dinas kesehatan kabupaten terpilih, kepala seksi perencanaan dan kepala Bappeda Kabupaten dan kepala desa atau tokoh masyarakat dimana puskesmas pembantu tersebut dibangun.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pembangunan Pustu di Propinsi Kalimantan Tengah merupakan realisasi dari Peraturan Daerah Propinsi Kalimantan Tengah No. 12/2005 tentang RPJPD Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2006-2025, program yang diusulkan sudah mengacu pada visi dan misi Propinsi Kalimantan Tengah yang tertuang didalam RPJPD dan RJMD.

Skala prioritas program dan besaran anggaran harus didukung dengan data program yang lengkap. Kesiapan pelaksanaan proyek bukan hanya ditentukan oleh kelayakan finansial dan teknis saja, akan tetapi dibutuhkan dukungan moralitas lembaga eksekutif, legislatif, dan masyarakat dalam memberikan manfaat terhadap pembangunan di daerah. Kebijakan kesehatan, secara umum dibuat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah, menangkap ide ini. Perencanaan untuk tahun 2006, melalui Program Peningkatan Upaya Kesehatan Masyarakat, pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya, dimunculkan kegiatan pembangunan puskesmas pembantu untuk kabupaten/kota. Pembangunan puskesmas pembantu ini dikemas dalam satu paket beserta peralatannya.

Konsep awal penganggaran pembangunan pustu ini, direncanakan dengan mekanisme Tugas Pembantuan yang artinya dana propinsi diserahkan ke kabupaten. Kabupaten melaksanakan kegiatan mulai dari lelang pekerjaan tersebut sampai dengan pelaksanaan pekerjaan dan proses evaluasi. Mekanisme ini tidak disetujui oleh Biro Keuangan Pemda Propinsi Kalimantan Tengah dengan alasan bahwa selama ini belum ada mekanisme seperti ini. Penyerahan dana ke kabupaten dalam bentuk Tugas Pembantuan dari propinsi dianggap belum lazim dilaksanakan.

**Tabel 4. Realisasi Pembangunan Pustu Propinsi Menurut Tahun**

Tahun	Jumlah yang dibangun	Pagu Dana	Realisasi Rp	(%)	Fisik
2006	22 Unit	5.069.500.000	5.004.997.510	99	100
2007	13 Unit	3.020.453.987	2.799.213.725	93	100
2008	13 Unit	2.960.380.900	2.764.517.470	93	100
2009	8 Unit	1.200.000.000	-	-	-

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa *trend* pengalokasian dana dan jumlah yang dibangun untuk pembangunan pustu cenderung menurun dari tahun ke tahun. Hal ini menunjukkan bahwa pembangunan

pustu hanya untuk memenuhi indikator yang telah ditetapkan dalam kinerja Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah. Meskipun dana untuk sektor kesehatan cenderung naik dari tahun ke tahun.

**Tabel 5. Persentase Program UKM menurut Tahun**

Tahun	Program UKM	Jumlah APBD	% thd APBD
2006	6.208.369.200	22.041.432.406	28,2
2007	3.020.453.987	16.805.536.306	17,9
2008	4.906.654.500	24.404.924.900	20,1
2009	2.000.000.000	21.619.594.999	9,3

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Prop. Kalteng

Kegiatan ini merupakan program *top down* dari pemerintah propinsi ke pemerintah kabupaten/kota. Kegiatan ini dilaksanakan sepenuhnya oleh Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah, mulai perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasinya. Pelelangan dilaksanakan di propinsi, dilaksanakan oleh panitia yang dibentuk dengan Surat Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah, yang terdiri dari unsur pelaksana program dan unsur teknis yang berasal dari Dinas Pemukiman dan Prasarana Wilayah Propinsi Kalimantan Tengah. Pelelangan dilaksanakan dengan metode pelelangan umum.

Hasil wawancara mendalam dengan beberapa responden menunjukkan masalah-masalah banyak terjadi dalam pelaksanaan pembangunan pustu tersebut, diantaranya adalah: 1) monitoring, 2) rekanan yang tidak melapor, 3) lokasi yang sangat jauh, 4) satuan harga yang tidak sama, 5) pemenuhan tenaga, dan 6) peralatan yang tidak sesuai dengan tenaga yang ada.

Pada tahun 2007 dicanangkan program PM2L, Mamangun tuntang Mahaga Lewu, dalam bahasa keseharian adalah membangun dan memelihara desa, dicanangkan oleh Gubernur Kalimantan Tengah. Program ini merupakan salah satu upaya pemerintah Propinsi Kalimantan Tengah dalam percepatan pembangunan perdesaan dengan mensinergikan program pembangunan serta mendorong partisipasi masyarakat di Kalimantan Tengah.

Evaluasi yang dilaksanakan, hanya menyangkut masalah kemajuan fisik pembangunan berupa laporan penyerapan anggaran masing-masing program dan berdasarkan laporan yang disampaikan oleh konsultan pengawas yang ditunjuk oleh propinsi. Evaluasi belum sampai pada adanya dokumen yang menunjukkan proses evaluasi secara keseluruhan. Fungsi pengawasan lainnya berada di inspektorat propinsi, pengawasan yang dilakukan oleh inspektorat ini bersifat *detective*, dilaksanakan pada tahap pelaksanaan mulai dari proses lelang, pelaksanaan kegiatan sampai dengan pertanggungjawaban



keuangan, dengan membandingkan antara yang seharusnya terjadi dengan yang sungguh terjadi. Pengawasan dilakukan tiap triwulan dengan memeriksa dokumen pertanggungjawaban APBD.

Dana Dana Alokasi Khusus (DAK) pada empat belas kabupaten/kota di Propinsi Kalimantan Tengah telah membangun baru pustu-pustu diwilayahnya. Data tiga tahun terakhir menunjukkan bahwa, tahun 2006, 3 dari 14 kabupaten/kota yang tidak menganggarkan dana untuk pembangunan pustu baru melalui dana DAK, tahun 2007 sama seperti tahun sebelumnya. Pada tahun 2008, lima kabupaten/kota tidak menganggarkan pembangunan pustu baru. Secara umum terjadi peningkatan alokasi dana DAK di masing-masing kabupaten/kota. Hal ini terkait dengan program peningkatan fisik di kabupaten/kota yang penggunaannya sudah ditetapkan dari pemerintah pusat. Keadaan seperti ini, membuat kabupaten/kota merasa enggan untuk mengurus pembangunan pustu yang berasal dari propinsi.

Tabel 6 menunjukkan bahwa secara umum kemampuan dinas kesehatan kabupaten/kota untuk membangun pustu baru meningkat dari tahun ketahun, meskipun ada kabupaten tidak mengalokasikan anggaran pembangunan tersebut, dengan rata-rata satu unit sebesar Rp120.000.000,00 maka pada tahun 2008, rata-rata kemampuan kabupaten/kota untuk membangun puskesmas baru berkisar antara lima sampai dengan dua belas unit.

Kebijakan desentralisasi merupakan salah satu kebijakan yang mendapat perhatian besar dalam rangka memajukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Potensi dan permasalahannya, pelaksanaan desentralisasi yang digulirkan selama ini perlu mendapatkan masukan-masukan yang konstruk-

tif. Hal ini berarti desentralisasi daerah otonomi bukan hanya mendelegasikan wewenang atau pembagian pendapatan antara keuangan pusat dan daerah, namun lebih pada bagaimana desentralisasi mampu meningkatkan pelayanan terhadap masyarakat. Salah satu hal penting untuk dipersiapkan adalah memastikan dapat tersusunnya program yang terarah dan terpadu, mantap dan menyeluruh dalam pemanfaatan biaya pembangunan untuk meningkatkan kesejahteraan publik sesuai dengan kewenangan yang dimiliki<sup>4</sup>.

Tidak ada agenda yang dibangun secara khusus dalam menetapkan kebijakan pembangunan pustu ini. Namun demikian jika dilihat dari proses perencanaan di dinas kesehatan, dimana dalam dua tahun terakhir ini, dinas kesehatan tidak mengusulkan anggaran untuk pembangunan pustu ini namun akhirnya tetap muncul dalam dokumen DPA-SKPD tahun berjalan di Dinas Kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi tarik ulur dalam proses pengalokasian dana untuk pembangunan pustu ini. Diduga ada setting politik di dalam munculnya dana pembangunan pustu tersebut. Kemauan politik, juga sangat berpengaruh dalam penyusunan dan perencanaan kebijakan daerah, terutama para penentu kebijakan anggaran dan para pengambil keputusan di daerah yang terdiri dari eksekutif dan legislatif.

Suatu isu akan mendapat perhatian bila memenuhi beberapa kriteria, yaitu: 1) bila suatu isu telah melampaui proporsi suatu krisis dan tidak dapat terlalu lama didiadakan, 2) suatu isu akan mendapat perhatian bila isu tersebut mempunyai sifat partikularitas, dimana isu tersebut menunjukkan dan mendramatisir isu yang lebih besar, 3) mempunyai aspek emosional dan mendapat perhatian media massa

**Tabel 6: Bangun Baru Pustu dan Total DAK per Kabupaten**

Kabupaten	Jumlah Dana DAK per tahun								
	2008			2007			2006		
	Bangun Baru	Total DAK	%	Bangun Baru	Total DAK	%	Bangun Baru	Total DAK	%
Ktw. Barat	0	12.426.793	0		11.279.000	0	0	5.790.000	0
Ktw. Timur	0	2.636.130	0	109.000	2.230.000	5	436.636	6.450.000	6
Kapuas	2.372.472	16.073.000	15	2.045.250	13.533.000	15	708.000	7.020.030	10
Barito Utara	1.080.000	7.189.380	15		7.262.000	0	0	4.750.000	0
Barito Selatan	807.727	9.583.676	8	981.818	7.619.000	13	166.981	5.079.999	3
Barito Timur	600.000	7.674.000	8	166.981	5.584.500	3	447.927	4.509.999	10
Gunung Mas	0	8.006.000	0	750.000	6.023.000	12	1.170.392	4.649.999	25
Sukamara	0	8.162.999	0		6.151.999	0	741.818	4.590.000	16
Murung Raya	1.180.868	7.148.000	17	2.495.000	7.148.000	35	376.363	3.030.000	12
Lamandau	0	5.507.000	0	221.832	5.507.000	4	316.800	4.580.000	7
Seruyan	605.000	11.039.000	5	430.000	9.008.000	5	120.000	4.510.000	3
Pulang Pisau	0	2.431.862	0	2.194.800	9.565.000	23	739.630	6.900.000	10
Katingan	1.485.000	9.788.000	15	2.100.000	8.660.000	24	1.623.600	4.940.000	32
P. Raya	0	6.971.999	0	742.050	6.972.000	11	0	5.810.000	0
Jumlah	8.131.067	114.637.841	7	12.236.731	106.542.499	11	6.848.147	72.610.029	9,4

Sumber: Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah, (2008)

karena faktor human interset, 4) mendorong munculnya pertanyaan menyangkut kekuasaan, legitimasi dan masyarakat, dan 5) isu tersebut sedang menjadi trend atau sedang diminati masyarakat<sup>14</sup>.

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara yang dilakukan agar sebuah kebijakan mencapai tujuannya. Proses implementasi kebijakan Pemerintah Daerah Propinsi Kalimantan Tengah tentang pembangunan puskesmas pembantu di kabupaten/kota belum berjalan lancar karena lebih dominannya faktor yang kurang mendukung dalam proses implementasi kebijakan tersebut.

Proses implementasi banyak aktor yang terlibat dalam penentuan pilihan-pilihan mengenai alokasi sumber publik tertentu serta banyak pihak yang berusaha untuk mempengaruhi keputusan-keputusan tersebut. Aktor-aktor tersebut akan terlibat secara intens atau tidak akan ditentukan oleh muatan program dan bagaimana bentuk pengadministrasiannya.

Persoalan implementasi kebijakan yang muncul dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa isu. Isu-isu yang muncul mulai dari bias dalam memahami desentralisasi, dekonsentrasi dan sentralisasi, persoalan kelembagaan pemerintah daerah, kapasitas aparat pemerintah daerah, hubungan eksekutif dan legislatif, persoalan penyalahgunaan kekuasaan,

hingga soal penyusunan program kegiatan. Tentu saja tidak berarti bahwa implementasi kebijakan ini hanya memiliki sisi kejelekan semata karena dalam praktiknya, beberapa daerah juga menampilkan beberapa contoh kebijakan atau program yang patut diteladani<sup>15</sup>.

Hasil wawancara mendalam menggambarkan bahwa peran stakeholder dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan puskesmas pembantu di Propinsi Kalimantan Tengah, sangat beragam, namun pada prinsipnya mendukung.

Sebagian besar informan menyatakan dukungannya dalam setiap jenjang administratif sesuai dengan kewenangannya. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah sebagai *leading sector*, perannya sangat menentukan keberhasilan dalam implementasi kebijakan ini. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah berkepentingan untuk mengkoordinasi dan mensinergikan semua *stakeholder* yang terlibat dalam implementasi kegiatan ini, dengan membuat petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan untuk pelaksanaan kegiatan. Peran dan arahan masing-masing stakeholder pada penyusunan dan pelaksanaan kebijakan ini pada berbagai tingkatan dapat dilihat pada Tabel 7, dibawah ini:

Tabel 7. Peran Stakeholder

Stakeholder	Peran	
	Penyusunan	Pelaksanaan
Komisi C DPRD	Memberikan arahan terhadap program secara keseluruhan di Dinas Kesehatan, menentukan anggaran	Monitoring selama pelaksanaan berdasarkan laporan penyerapan anggaran per triwulan
Dinkes	Merencanakan, koordinasi dengan semua stakeholder terkait	Melaksanakan pelelangan, menyelesaikan administrasi, pengawasan terhadap pelaksanaan
Propinsi		
Dinas PU	Memberikan panduan teknis dalam perencanaan, menyangkut satuan harga dan teknis konstruksi	Sebagai unsur teknis baik dalam pelelangan maupun dalam pelaksanaan
Propinsi		
Bappeda	Menyetujui penganggaran, telaah terhadap dokumen RKA-SKPD yang diusulkan	Memantau pelaporan, berkaitan dengan penyerapan anggaran APBD secara keseluruhan
Propinsi		
Biro Keuangan	Menyetujui anggaran, sinkronisasi anggaran	Pelaporan penyerapan anggaran, penyelesaian pembayaran terhadap rekanan
Bawasda	Memberikan telaahan terhadap perencanaan, berkenaan dengan pembangunan pusat	Melaksanakan pemeriksaan baik secara fisik dan administrasi, terhadap pelaksanaan
Propinsi		
Dinkes	Usulan lokasi, pemenuhan tenaga, perencanaan biaya operasional	Menetapkan lokasi, menempatkan tenaga, menyediakan biaya operasional
Kab/Kota		
LSM	Membantu memberikan usulan, terlibat dalam musrenbang tingkat propinsi	Pengawasan, sebagai alat kontrol terhadap kebijakan publik
Camat	Koordinasi dengan kepala dinas kesehatan kabupaten, penyiapan lokasi	Pengawasan,
Kepala Desa	Menyiapkan lokasi pembangunan	Pengawasan, berita acara penyerahan, memantau pemanfaatan
Masyarakat	Menyiapkan lokasi pembangunan	Pengawasan, pemanfaatan

Peran *stakeholder* menunjukkan bahwa: 1) keputusan dalam menentukan program ditentukan, dan yang menentukan adalah pejabat pada level atas, meskipun proses penyusunan program pada forum SKPD propinsi mengakomodir kepentingan masyarakat dan sebagai alat justifikasi, 2) birokrasi terdepan dan terbawah cenderung kurang kreatif dan inovatifnya begitu rendah, 3) tingkat rakorbang, Bappeda sebagai koordinator pelaksana rakorbang dan koordinator proses APBD, harus tunduk dan patuh pada kepala daerah dan pada akhirnya kepala daerah harus tunduk kepada DPRD. *Stakeholder* yang terlibat selama ini mendominasi yakni legislatif dan eksekutif.

Masyarakat dan multisektoral harus mampu memahami pembangunan yang berwawasan kesehatan. Masyarakat dan multisektor harus mampu memahami perencanaan, pembangunan wilayah dan pelaksanaannya dengan mempertimbangkan dampak positif dan negatif terhadap kesehatan baik perorangan, keluarga dan masyarakat. Pembangunan membutuhkan pemberdayaan, kerjasama lintas sektoral dan profesionalisme yang merupakan kunci dalam pengejawantahan paradigma sehat.

*Stakeholder* dapat dikelompokkan sebagai pihak yang dipengaruhi, atau yang memiliki pengaruh baik aktif maupun pasif terhadap pengambilan keputusan atau proses pelaksanaan. *Stakeholder* dapat berupa individu-individu organisasi, kelompok individu dalam organisasi atau jaringan individu/kelompok seperti aliansi. *Stakeholder* merupakan individu atau kelompok yang dapat mempengaruhi dan atau dipengaruhi oleh suatu pencapaian tujuan tertentu, sehingga segi kekuatan dan kepentingan relatif *stakeholder* terhadap issue dapat dipahami sebagai peran.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Pembangunan puskesmas pembantu di Provinsi Kalimantan Tengah yang dananya berasal dari APBD I, tidak diperlukan oleh Kabupaten/Kota. Dana untuk pembangunan maupun rehabilitasi sarana pelayanan kesehatan yang berasal dari DAK masing-masing kabupaten dan APBD II. Dana anggaran yang disediakan sebaiknya untuk peningkatan program.

Tidak ada agenda yang melatarbelakangi pembangunan puskesmas pembantu di Propinsi Kalimantan Tengah, namun faktor politik lebih terlihat dalam penyusunan agenda kebijakan ini. Peraturan baku/formula dalam pengalokasian dana untuk pembangunan puskesmas pembantu melalui APBD I di Propinsi Kalimantan Tengah. Alokasi ini lebih berdasar pada komitmen politik kepala daerah dan DPRD. Sehingga tidak ada target untuk berapa lama pengalokasian dana tersebut. Sedangkan dalam implementasi kebijakannya masih banyak menemui masalah-masalah dalam pelaksanaannya dan tidak sejalan dengan kebijakan kabupaten. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah kurang siap dan tidak mempunyai petunjuk teknis dalam melaksanakan kegiatan tersebut.

Peran *stakeholder* dalam penyusunan *agenda setting* kebijakan ini hanya bersifat normatif. Artinya keputusan dalam menentukan apa yang akan dikerjakan masih dilakukan oleh pejabat pada level atas dan hanya menerima keputusan yang telah ada.

### Saran

Agar dilakukan review kembali berkaitan dengan pengalokasian anggaran untuk pembangunan puskesmas pembantu. Dana yang disediakan untuk

Tabel 8: Kekuatan Stakeholder Dalam Kegiatan Pembangunan Pustu

Stakeholder	Perumusan		Implementasi		Evaluasi	
	Kuat	Lemah	Kuat	Lemah	Kuat	Lemah
<b>Propinsi</b>						
DPRD	xxx		xxx		xxx	
Dinkes	xxx		xxx		xxx	
Dinas PU		xxx		xxx		xxx
Bappeda	xxx			xxx		xxx
Biro Keuangan		xxx		xxx		xxx
Bawasda		xxx	xxx		xxx	
LSM		xxx		xxx		xxx
<b>Kabupaten</b>						
DPRD		xxx		xxx		xxx
Dinkes		xxx		xxx		xxx
Dinas PU		xxx		xxx		xxx
Bappeda		xxx		xxx		xxx
Bawasda	xxx			xxx		xxx
LSM	xxx			xxx		xxx
Camat		xxx	xxx		xxx	
Kepala Desa		xxx	xxx		xxx	
Masyarakat		xxx	xxx			xxx



pembangunan puskesmas pembantu disarankan untuk menambah alokasi pada masing-masing program, sehingga hal ini dapat lebih meningkatkan cakupan program.

Dinas Kesehatan sebagai sektor yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan di Propinsi Kalimantan Tengah, agar membuat panduan dan peta anggaran khususnya untuk pembangunan puskesmas pembantu, sehingga untuk itu tidak terjadi overlap dalam pengalokasian dana dimaksud.

Memberikan advokasi kepada *stakeholder* terkait untuk meyakinkan bahwa dana yang ada di masing-masing kabupaten sudah cukup untuk pembangunan puskesmas. Dana yang ada bisa dialihkan dan dialokasikan untuk program-program lain yang bersifat promotif dan preventif.

## REFERENSI

1. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah, Profil Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2007, Kalimantan Tengah, 2007.
2. Karim AG, Kompleksitas Persoalan Otonomi Daerah di Indonesia, Jurusan Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2003.
3. Widjaja HAW, Otonomi Daerah dan Daerah Otonom, Rajagrafindo Persada, Jakarta, 2007.
4. Trisnantoro L, Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001-2003 Apakah Merupakan Periode Uji Coba, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2005.
5. Gani A, Alternatif Pembiayaan Kesehatan Dalam Otonomi Daerah, Makalah di Presentasikan pada Seminar Nasional Kebijakan Pembiayaan Pembangunan sektor Kesehatan di Tingkat Kabupaten/Kota dalam Era Otonomi Daerah, Kampus UI Depok, Jakarta, 2001.
6. Widodo D, Analisis Kebijakan Publik, Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik, Bayu Media, Malang, 2007.
7. Suharto E, Analisis Kebijakan Publik, Panduan Praktis Mengkaji Masalah Dan Kebijakan Sosial, Alfabeta, Bandung, 2005.
8. Parsons W, Public Policy, Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan, Kencana Prenada Media Group, Jakarta, 2005.
9. Wahab SA, Pengantar, Analisis Kebijakan Publik, Unit Pelaksanaan Tehnis, Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang, Malang, 2008.
10. Dunn WN, Pengantar Analisis Kebijakan Publik, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2000.
11. Atkinson AA, John H, Waterhouse, Robert B, Well A, Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement, Sloan Management Review/ Spring, New York, 1997.
12. Trisnantoro L, Kebutuhan Akan Reformasi Pelayanan Kesehatan dalam Perspektif Sejarah, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 1998; 01(02):59-63.
13. Trisnantoro L, (2001), Perubahan Sistem Kesehatan Wilayah Akibat Kebijakan Desentralisasi, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2001; 04(02):93-100
14. Lester JP, Stewart JJr, Public Policy, An Evolutionary Approach, Wadsworth/Thomson Learning, Belmont USA, 2002.
15. Dwiyanto A, Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia, Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2003.